Lane Medical Library

Klinischer Beitrag

zur

Achylia gastrica simplex.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Sonnabend, den 7. Juli 1900, Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Kurt Oschmann

approb. Arzt

aus Strassburg i. E.

Referent: Herr Prof. Dr. Freiherr von Mering.

Opponenten:

Herr Dr. med. Edgar Worm, Arzt

Herr Drd. Paul Prinz, Arzt.

Halle a. S.

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1900.

Imprimatur:

Prof. Dr. **v. Hippel**

h. t. Decanus.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0213

Die Kenntnisnahme der in den letzten Jahren erschienen Litteratur, welche sich mit der Physiologie, der klinischen Pathologie und pathologischen Anatomie des Magens und seiner Funktionen beschäftigt, zeigt, dass die Ansichten hierüber gegen früher einen bedeutenden Umschwung erfahren haben. Dieser ist die Frucht der Anwendung besserer Untersuchungsmethoden hinsichtlich des Chemismus der Magensekretion und das Ergebnis zahlreicher exakter Tierexperimente und Stoffwechseluntersuchungen. Seitdem Czerny, Kaiser und Ogata durch Exstirpation des Magens bewiesen haben, dass der Verdauungsprozess auch ohne dieses Organ in einer für den Organismus vollkommen ausreichenden Weise vor sich geht, nachdem v. Noorden durch klinische Beobachtungen und Untersuchungen des Stoffwechsels bei Patienten, bei welchen die Magensaftsekretion fast ganz darniederlag, ebenfalls gezeigt hat, dass der Darm die Arbeit des Magens ubernehmen kann, ist jene Wertschätzung, welche man früher der Magensaftsekretion ganz allgemein angedeihen liess, fast zu einem Nichts herabgesunken.

Die drei physiologischen Funktionen des Magens, seine resorptive, seberetorische und motorische Thätigkeit wurden vor noch nicht langer Zeit als gleich wichtig erachtet, aber neuere Untersuchungen, wie namentlich diejenigen v. Mering's, haben ergeben, dass jene Componenten von sehr verschiedenem Werte sind. Die resorptiven Vorgänge vom Magen aus haben sich als die unwichtigste Leistung dieses Organes herausgestellt. Auf dem Wege des Experimentes und durch klinische Beobachtungen ist gezeigt worden, dass

schwere Veränderungen im Parenchym des Magens bestehen können, ohne dass die Resorption dadurch wesentlich beeinträchtigt würde; diese Erfahrungen drängen somit, wie v. Mering betont, zu der Annahme, dass der Resorptionsprozess gar nicht als ein vitaler Vorgang zu erachten ist, sondern eine reine Osmose vorstellt. Aber selbst wenn die resorptive Thätigkeit sogar vollkommen aufgehoben ist, hat dies in praxi für den Organismus nicht die geringste Bedeutung, weil eben dann der Darm kompensatorisch für den Magen eintritt.

Wichtiger, wenn ich mich im Ausblicke auf die weiteren Erläuterungen in dieser Arbeit so ausdrücken darf, erscheint schon die sekretorische Funktion des Magens. Durch sie werden die Speisen chymosirt und in leichter lösliche und resorbirbare Stoffe umgewandelt.

Nichtsdestoweniger kann, wie stets neue Beobachtungen beweisen, auch diese Thätigkeit vollkommen fehlen, ohne dass der Körper bei normal arbeitendem Darm den geringsten Schaden nimmt, wenn ausser dem noch die Bedingung erfüllt ist, dass die motorische Funktion des Magens ungestört verläuft. Eine exakte motorische Arbeitsleistung ist denn auch in der That der wichtigste Dienst, welchen der Magen dem Organismus zu erweisen hat. Störungen in der Motilität führen rasch zur Schädigung des Körpers; denn die Speisen werden beim abnorm langen Verweilen im Magen durch Gährungsprozesse zersetzt und gelangen endlich in diesem Zustand in den Darm, wo sie schwere entzündliche Veränderungen hervorrufen und Resorptionsvorgänge stören. Schliesslich kann der Organismus überhaupt auch einmal ganz ohne den Magen und seine motorische Thätigkeit zu recht kommen, wie Schlatter durch seine Extirpation des Magens beim Menschen beweisen konnte; doch von solchen Kunststücken der Natur abgesehen, ist daran festzuhalten, dass eine ungestörte motorische Funktion des Magens für das Wohl und Wehe des Organismus von hoher Bedeutung ist.

Wie die Anschauungen über die Wichtigkeit der Magenverdauung früher unsicher und falsch waren, so hatte auch die Bezeichnung und Beschreibung der klinischen Krankheitsbilder unter einer recht schwankenden Nomenklatur zu leiden.

Es wurden in einseitiger Berücksichtigung der Säureverhältnisse des Magens Zustände von Anacidität und Hyperacidität mit Achylie und Hyperchylie identificirt. Ist es ferner richtig, bei konstatirter Anacidität a priori auch Achlorhydrie anzunehmen, so muss andererseits bei einem stark saueren — hyperaciden — Magensaft, dem die freie Salzsäure fehlt, eine exakte Bestimmung der Chloride gefordert werden, ehe man berechtigt ist, ein vollkommenes Versiegen der Salzsäuresekretion anzunehmen. Im Interesse einer gesicherten Terminologie hat daher Martius in seiner Monographie über die Achylia gastrica noch einmal die Begriffe festgelegt. Nach ihm spreche man kurz von Hyper- und Achlorhydrie. Hyperchylie bezeichnet die Steigerung, Hypo- oder Achylie die Herabsetzung respektive die Aufhebung der Magensaftsekretion in allen ihren einzelnen Componenten. Dem gegenüber dürfen sich die Bezeichnungen Anacidität und Superacidität nur auf die aufgehobene oder gesteigerte Säurenmenge ohne Rücksicht deren chemischer Natur beziehen.

Unter all' diesen von der Norm abweichenden Prozessen ist es besonders einer, welcher in der neueren Zeit immer mehr die Aufmerksamkeit der Kliniker und Pathologen auf sich lenkt, nämlich die Achylia gastrica. Der Name besagt, dass es sich um ein völliges Versiegen jeglichen Magensekretes, der Salzsäure, des Laabfermentes und des Pepsins handelt. Der Befund an sich ist schon lange bekannt, richtige Deutung und Würdigung nach allen Richtungen hin hat er erst in den letzten Jahren erfahren. Wie Riegel in seinem Lehrbuche über die Erkrankungen des Magens schildert, ist der Aetiologie dieser Erkrankungsform ein weiter Spielraum gelassen. Damit

ist der allein richtige Standpunkt gegeben, den man der Achylia gastrica gegenüber einzunehmen hat; diese ist eben nur ein Symptom, welches ganz verschiedenen Krankheitsbildern gemeinsam ist; sie findet sich bald bei mannigfachen schweren Erkrankungen des Magens, bald vergesellschaftet sie sich auch mit entzündlichen Veränderungen des Darmes und der Magenschleimhaut und bietet dann Krankheitsbilder sehr wechselnder Schwere dar, endlich, und dies ist eine Erfahrung der neuesten Zeit, wird Achylia gastrica gelegentlich konstatirt in Fällen, bei denen keinerlei Zeichen auf eine völlige Ausschaltung der sekretorischen Thätigkeit des Magens hinweisen. An diesen auf den ersten Blick vielleicht auffallend erscheinenden Thatsachen ist festzuhalten. Denn es ist falsch, aus dem Fehlen des Magensaftes eine spezialisirte Diagnose stellen zu wollen. Hierin ist früher mehrfach gefehlt worden. Bestimmte, durch die pathologische anatomische Untersuchung sichergestellte Veränderungen des Magenpareuchims wurden einzig und allein für die Entstehung der Achylia gastrica verantwortlich gemacht; andererseits schloss man auch aus der bestehenden Magensaftlosigkeit auf das Vorhandensein solcher Anomalien des Drüsengewebes. Man wusste eben noch nicht, dass es auch eine Achylia gastrica giebt, bei welcher wesentliche sichtbare pathologische Prozesse vollkommen fehlen können.

Dass die carcinomatöse Infiltration, in Folge der in ihrer Umgebung vornehmlich sich entwickelnden atrophischen Veränderungen zum Schwunde der Magendrüsen und damit zur Achylie führt, oder wenigstens führen kann, ist sichergestellt. In wie weit bezüglich des Zusammenhanges zwischen perniciöser Anaemie und Achylia gastrica das post oder propter hoc sich zu rechtfertigen scheint, kann hier nicht näher erörtert werden. Zwar ist gerade diese Frage vielfach ventilirt worden, aber eine einheitliche Anschauung und Erklärung haben die zahlreichen Untersuchungen bisher noch nicht geben können. Weit bedeutungsvoller

und für die Auffassung der Aetiologie der Achylia gastrica folgenreicher ist dagegen eine Veröffentlichung von Fenwick aus dem Jahre 1877 geworden. Dieser Forscher weist zuerst nachdrücklich auf die Atrophie der Magenschleimhaut als einer Krankheit sui generis hin. Sie charakterisirt sich durch das Vorhandensein von Dyspepsie und schwerer Anaemie und ist vor allem stets mit Achylia gastrica verbunden.

Es ist sicher, dass Schwund der Magendrüsen Saftlosigkeit zur Folge hat, es erscheint aber auch fraglich, ob die Achylie — abgesehen von schweren malignen Veränderungen — auf der Atrophie allein beruhen muss, oder ob nicht vielmehr auch noch andere Ursachen ihr zu Grunde liegen können. Seit dem Jahre 1877 sind eine Reihe von Fällen im Sinne Fenwicks beschrieben worden. Martius hat zu seiner Monographie über „Die Achylia gastrica, ihre Ursachen und ihre Folgen“ diese Veröffentlichungen einer kritischen Betrachtung unterzogen und kommt zu dem Schlusse, dass in vielen der als Achylie im Sinne Fenwicks bezeichneten Fällen die Diagnose auf Atrophie der Magenschleimhaut zweifelhaft erscheinen müsse. Wenn Riegel sagt, die Diagnose der Achylia gastrica an sich ist leicht zu stellen, so betont er andererseits auch, dass eine speziellere Deutung der Ursache, welche zu diesem Prozesse führt, insbesondere, ob es sich um Atrophie oder die später zu erwähnende primäre nervöse Sekretionsschwäche handelt, schwierig, manchmal vielleicht sogar unmöglich sein kann. Aber darin muss man Martius folgen, dass früher Atrophie und Achylie zu häufig mit einander identificiert worden sind. Freilich ist Schwund der Drüsen stets mit Achylie verbunden, die neuere Forschung hat jedoch ergeben, dass Achylie keineswegs immer auf Atrophie begründet ist. Die Atrophie der Magenschleimhaut kann unmöglich genügen, so schwere Störungen des Gesammtorganismus hervorzurufen, wie es die Achylia gastrica Fenwicks thut; es muss hier offenbar noch ein anderer Faktor hinzukommen, der

grösseren Einfluss auf die Verdauung und Resorption der Ingesta besitzt, als dies heutzutage noch von der Thätigkeit des Magens gelten kann. In dieser Hinsicht sind die Untersuchungen von Martius von grosser Bedeutung. Er hat im Verein mit Lubarsch durch exakte klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen bewiesen, dass der mit Anaemie verbundenen Achylie nicht nur eine Atrophie der Magendrüsen zu Grunde liegt, sondern dass hierzu in allen Fällen ein Untergang der Darmdrüsen in grösserer Ausdehnung nötig ist, oder andere den Organismus an sich schon schwer schädigende Complikationen vorliegen müssen.

Es sind uns also eine Reihe von Ursachen bekannt, welche zu Magensaftlosigkeit führen. Am genauesten wissen wir dies von der carcinomatösen Infiltration, der Atrophie der Magenschleimhaut, ihrem Vorläufer der chronischen Gastritis, der Phthisis ventriculi. Als seltenere Veranlassungen sind zu nennen die amyloide Degeneration und Ätzwirkungen im allgemeinen. Giebt es nicht aber auch nervöse Störungen, durch deren Einfluss es zu einer verminderten Arbeitsleistung des Magens kommen kann? Verfolgen wir diese Frage, so zeigt sich, dass vor dem Jahre 1892 zwar eine nervöse Anacidität bekannt war; man hatte indessen noch nicht darauf aufmerksam gemacht, dass es vielleicht ebensolche nervöse Störungen seien, welche bisweilen eine Aufhebung der sekretorischen Thätigkeit der Magenschleimhaut in allen ihren Componenten veranlassen. Wir kennen gerade bei den Drüsen des Verdauungstraktus im Allgemeinen genügend Zustände von Innervationsstörungen, und wenn auch die Physiologie bis jetzt noch nicht die Thätigkeit der Magennerven experimentell beweisen kann, so ist es doch deswegen keinesfalls spekulativ, an die Möglichkeit nervöser Anomalien zu denken. Diese Auffassung hat erst Einhorn im Jahre 1892 unzweideutig ausgesprochen, und er hat den Zustand von Magensaftlosigkeit, bei dem die Diagnose auf Atrophie der

Magenschleimhaut nicht begründet erscheint, Achylia gastrica genannt.

Mit dieser nur universell anzuwendenden Bezeichnung ist der neuen Krankheitsform ein unzweckmässiger Name gegeben worden. Die Achylia gastrica Einhorns ist vielmehr als Achylia gastrica simplex dem durch Anadenie bedingten Sekretionsverluste scharf gegenüberzustellen. Denn während diejenige Achylie, welche auf erheblichen organischen Störungen des Magenparenchyms beruht, eine schwere Erkrankung in jedem Falle vorstellt, ist die Achylia gastrica simplex eine Sekretionsanomalie, die eben keinerlei den Organismus schädigende Folgen hat oder zu haben braucht. Zwar kann sie mit Störungen zum Beispiele des Nervensystemes einhergehen, indessen sie findet sich auch bei Personen, die sich fast vollkommen gesund fühlen, oder gar nicht auf den Magen sich beziehender Beschwerden halber den Arzt konsultieren. Gerade dieses Moment, dass eine bisher für so lebenswichtig gehaltene Funktion ausfallen kann, ohne dass der Organismus dadurch Schaden nimmt, ist das Wichtige und zugleich Eigenartige dieser Erkrankungsform. Kein anderes Organ dürfte ähnliche Verhältnisse bieten, weil eben keinem ein so vollkommener Ersatz zu Gebote steht, wie dies für den Magen in der kompensatorischen Thätigkeit des Darmes der Fall ist.

Das klinische Bild der Achylia gastrica simplex kann gemäss der mannigfaltigen vorkommenden Beschwerden ein sehr wechselndes sein. Um so wichtiger erscheint es, in allen Fällen, wo man Störungen des Magenmechanismus auch nur vermuten darf, eine genauere Prüfung desselben vorzunehmen. Um nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in der Praxis dieser Forderung gerecht werden zu können, ist es nötig, möglichst einfache und dabei doch sichere Prüfungsmethoden anzuwenden. Dies ist in der That sehr gut möglich; so genügt es, bei der Prüfung auf Peptonisation die Verdauungsprobe mit einem Stückchen

geronnenen Eiweisses vorzunehmen. Wie Martius und Riegel betonen, ist diese Probe für praktische Zwecke brauchbarer, als das umständliche Verfahren von Oppler.

Seitdem man einmal auf die Achylia gastrica simplex aufmerksam geworden, ist die Litteratur über diese Erkrankungsform in raschem Wachsen begriffen, und die Zukunft wird wohl auch weiterhin lehren, dass Zustände von primärer Achylia gastrica simplex weit häufiger vorkommen, als dies bisher überhaupt möglich erscheinen konnte. Alle Beobachter sehen das Eigenartige des klinischen Krankheitsbildes darin, dass die Patienten trotz ihrer dauernden, oft viele Jahre hindurch konstant beobachteten Achylie sich doch durchaus wohl fühlen, oder an Beschwerden leiden, die entweder allgemein neurasthenisch-hysterischer Natur sind, sich aber auch häufig auf Darmaffektionen beziehen. Gerade letzteres Symptom ist sehr zu beachten, denn es folgt hieraus, dass zum richtigen Verständnis der Aetiologie einer bestehenden Darmerkrankung vielfach auch eine Untersuchung des Magenchemismus vorzunehmen ist.

Es würde zu weit führen, unter Zugrundelegung der einzelnen Fälle die Frage der Achylia gastrica simplex erörtern zu wollen; alle Erfahrungen drängen zu der Folgerung dass es eine primäre Achylie giebt welche von der auf Anademie beruhenden streng zu trennen ist.

Dies beweisen klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen. So sah Einhorn einen Fall von Achylie, der 5 Jahre lang genau beobachtet worden war, stets vollkommen Magensaftlosigkeit dargeboten hatte, und bei welchem sich nach so langer Zeit doch wieder normale Sekretionsverhältnisse einstellten. Unter der neueren und neuesten Literatur ist vor allem die Monographie von Martius „Die Achylia gastrica, ihre Ursachen und ihre Folgen“ zu nennen. In dieser Schrift bezeichnet Martius unter anderen später noch zu erwähnenden Merkmalen die leichte Vulnerabilität der Schleimhaut des Magens als einen characteristischen, bei Achylia gastrica simplex häufig anzutreffenden Befund. Dank dieser

Vulnerabilität konnte Martius fast stets genügend grosse Schleimhautstückchen gewinnen; Lubarsch hat dieselben einer anatomischen Untersuchung unterzogen und gefunden dass in den Fällen von idiopathischer Achylia gastrica simplex keine Atrophie der Drüsen, wohl aber eine beginnende granulirende Gastritis vorlag; diese beiden Forscher glauben nun, dass aus dieser Form sich eine wirkliche Magenschleimhautatrophie entwickeln kann. Demgegenüber hat Einhorn in ausgeheberten Schleimhautstückchen normale Magendrüsen gefunden, und Dr. Gerhard berichtet aus der Strassburger Klinik über eine Sektion bei Achylia gastrica, bei welcher sich zwar eine interstielle Wucherung, aber gut erhaltene Drüsenschläuche vorfanden. Also Achylie ohne Atrophie und ohne Anademie. Über 4 Fälle von Achylia gastrica simplex, welche alle den von Martius hierfür postulirten Symptomcomplex darbieten, berichtet Ehrmann. Wie bei deren Besprechung betont wird, unterscheidet sich dieser Zustand von der chronischen Gastritis durch den Mangel jeglicher Schleimbildung und den sich stets gleichbleibenden Befund des Mageninhaltes. Die nervöse, mit Anacidität verbundene Dyspepsie zeigt ebenfalls ein schwankendes klinisches Bild, denn Pausen von Anacidität wechseln mit Zeiten normaler Magensekretion ab.

Den in der Literatur veröffentlichten Fällen, — neuerdings ist aus der Leyden'schen Klinik ein charakteristischer Fall von Achylia gastrica simplex von P. Meyer beschrieben worden, — lassen sich 2 weitere gleiche Beobachtungen gut anreihen, die ich in der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Freiherr v. Mering zu machen Gelegenheit hatte.

Der erste dieser Kranken ist der 52 Jahre alte Bergarbeiter August Bliedung. Sein Vater litt an Schwindsucht und erreichte nur ein Alter von 48 Jahren, während die Mutter 77 Jahre alt wurde und an Alterschwäche starb, ohne je vorher ernstlich krank gewesen zu sein. Die Geschwister des Patienten sind vollkommen gesund. Er selbst

ist in seiner Jugend nie krank gewesen, insbesondere hatte er nie Magenbeschwerden. Seit 12 Jahren dagegen leidet er an Schmerzen in der Gegend des Nabels und der Magengrube. Dieselben treten vornehmlich dann heftig auf, wenn der Patient Lasten hebt, sich bückt, überhaupt, wenn er die Bauchpresse anstrengt. Die Schmerzen erreichen bisweilen einen sehr hohen Grad, strahlen nach dem Rücken zu aus, sind von Herzklopfen begleitet und machen den Patienten öfters arbeitsunfähig. Wichtig ist die bestimmte Angabe, dass dieselben unabhängig von der Nahrungsaufnahme auftraten, bald nüchtern, bald bei gefülltem Magen heftiger sind. Selten fehlen sie ganz. Dabei ist der Appetit früher stets gut gewesen, Patient konnte alle Speisen, auch Gewürze gut vertragen und fühlte sich überhaupt recht wohl. Potatorium ist auszuschliessen. In den letzten Wochen hatte Patient sehr schwere Arbeit auszuführen gehabt. Die Folge war, dass seine Schmerzen sich steigerten; die Heftigkeit derselben beeinflusste auch seinen Gesammtzustand, der Appetit wurde geringer, Erbrechen war dagegen auch jetzt nicht vorhanden, ebenso keine starke Schleimbildung, kein Aufstossen oder übler Geschmack. Der Stuhlgang von normaler Consistenz und Farbe. Patient glaubte, er habe womöglich ein unheilbares, schweres Leiden, und da seine Beschwerden bei ärztlicher Behandlung zu Hause nicht besser wurden, kam er in die hiesige Kgl. Med. Klinik. Der Kranke — dem äusseren Eindrucke nach scheint diese Bezeichnung kaum gerechtfertigt — bietet ein Bild guter Gesundheit dar. Er ist im Ganzen kräftig gebaut, Muskulatur gut entwickelt, Fettpolster mittleren Grades. Kopf und Thorax bieten keine Abnormitäten dar. Das Abdomen steht im Niveau des Torax, es findet sich eine 2 Querfingerbreite über dem Nabel befindliche praeperitoneale Hernie. Die von dieser Hernie ausgehenden Beschwerden lassen es in der That erklärlich erscheinen, dass sich der Patient selbst als magenleidend bezeichnet. Die Palpation ergiebt jedoch am Magen äusserlich keinerlei

Veränderungen, ein Tumor oder eine Ektasie lassen sich mit Sicherheit ausschliessen. A priori war schon die Annahme einer Neubildung oder einer motorischen Insufficienz wenig wahrscheinlich. Der Patient entwickelte regsten Appetit, hatte nach dem Essen nicht die geringste Steigerung seiner Beschwerden, die überhaupt nun, wo er zu Bette lag, ziemlich gering waren, oder wenigstens nicht mehr so diffus auftraten. Dennoch wurde eine Untersuchung des Magenchemismus und seiner motorischen Funktion vorgenommen. Der Patient erhielt früh Morgens nüchtern ein Probefrühstück, bestehend aus einer Tasse Thee und einem halben Weissbrödchen. Nach 55 Minuten wird die Ausheberung vorgenommen. Die Expression erfolgt leicht, aber es kommt nur mehr sehr wenig Mageninhalt zum Vorschein. Schon dem Äusseren nach ist derselbe sehr charakteristisch. Wenig Flüssigkeit, geruchlos, und in derselben schwimmend die wie eben erst gekaut aussehenden nur etwas aufgequollenen Brotstückchen. Congopapier erfährt gar keine Veränderung, blaues Lakmuspapier wird etwas gerötet. Die Phloroglucinreaktion fällt ebenfalls vollkommen negativ aus. Wegen der geringen Menge Magensaftes ist es nur möglich die Gesammtacidität an 5 ccm filtrirten Sekretes zu bestimmen. Die Gesammtsäuremenge beträgt 0,02%. Bei dem nachgewiesenen Fehlen der freien Salzsäure erscheint es ferner wichtig, die Prüfung auf Pepsin und Laab auszuführen. Zwar kommt das Laabferment für den Magen des Erwachsenen weniger in Betracht, da es ja nur zu der feinflockigen Gerinnung der Milch dient, aber die Untersuchung beider Faktoren ist in diesen Fällen, wo es sich um Feststellung der Sekretionsfähigkeit des Magens überhaupt handelt, von grosser Bedeutung. Die Prüfung auf Pepsin wird in der Weise ausgeführt, dass einige ccm Magensaftes genügend mit HCl versetzt werden und dann ein scharfkantiges Eiweissstückchen hinzugefügt wird. Nach 24 stündigem Stehenlassen bei Körpertemperatur war nicht die geringste Veränderung, selbst keine Aufquellung an

den Kanten des Eiweisses zu bemerken. Um das Verhalten des Laabfermentes festzustellen, wurde abgekochte Milch verwendet, derselben einige Tropfen Magensaft hinzugefügt und bei 37° aufbewahrt. Auch nach Stunden trat keine Gerinnung der Milch ein. Ein gleiches Resultat ergab sich auch bei Versuchen an dem Patienten selbst. Derselbe bekam Morgens nüchtern $^1/_4$ Liter abgekochte Milch zu trinken. Die Expression nach 55 Minuten zeigte, dass die Milch fast gar nicht geronnen war. Diese eben angegebenen Versuche wurden nun fast täglich wiederholt, die Ausheberung jedoch bereits einige Minuten früher vorgenommen, weil die Vermutung bestand, dass der Mageninhalt rascher als sonst in den Darm befördert würde. Es liess sich denn auch in der That etwas mehr Magensaft erzielen. Derselbe zeichnete sich dauernd durch die bereits erwähnte sehr schlechte Chymosirung aus. Schleimbeimengung war nicht vorhanden. Im Übrigen war der chemische Befund genau derselbe wie vorher.

Während 3er Wochen ergab sich stets ein in allen Einzelheiten genau übereinstimmendes Resultat. Der Patient leidet an einer dauernden vollkommenen Achylia gastrica, ein Zustand, der einer Magenausschaltung hinsichtlich seiner chemischen Funktionen gleichzuachten ist. Dabei fühlt er sich wohl, sieht gesund aus und nimmt in drei Wochen um 12 Pfund zu. Auch die schmerzhaften, von der präperitonealen Hernie ausgehenden Sensationen in der Magengegend haben unter dem Einfluss der Schonung wesentlich nachgelassen; nur wenn Patient sich im Bette rasch aufrichtet, treten die Beschwerden wieder mehr hervor. Sonst lassen sich keine weiteren Störungen bei dem Patienten beobachten. Speciell die Thätigkeit der übrigen Drüsen des Verdauungstraktus scheint physiologisch zu verlaufen. Die Speichelverdauung zeigt rasch eintretende Sacharificierung. Der Stuhlgang ist von normaler Consistenz und Farbe, enthält keine unverdauten Speisereste. Einzig und allein die Sekretion des Magens stockt vollkommen; nie ist bei nüch-

terner Ausheberung Schleim herauszubefördern, jeder Versuch, die Magensaftabsonderung anzuregen, scheitert. Ich liess den Patienten mehrmals je 10 Minuten lang sorgfältig Citronenschale kauen; es war hiernach keine Spur Magensaft zu erzielen.

Gewiss kann man es in einem solchen Falle, der so hartnäckig denselben Befund darbietet mit der Untersuchung des Probefrühstückes genug sein lassen; indessen die makroskopische und vornehmlich die mikroskopische Beobachtung einer Probemahlzeit gewährt doch einen genaueren Einblick in die einzelnen Details der Magenverdauung. So wurde denn auch bei diesem Patienten eine Probemahlzeit gegeben. Dieselbe bestand aus einem Teller Graupensuppe, 150 gr gehackten und gebratenen Fleisches und einem Brötchen. Nach 5 Stunden war nur mehr noch die Hälfte durch Expression herauszubefördern. Die Speisen waren wiederum nur mit wenig Flüssigkeit vermengt, sahen ziemlich unverdaut aus und waren gänzlich geruchlos. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Erwartungen: keine Fleischfaser war verdaut, überall vielmehr die Querstreifung auf's deutlichste erhalten. Sarcine oder Hefepilze fehlten gänzlich. Die chemische Untersuchung ergab dasselbe Resultat wie alle früheren. Wie man sieht, ist also die Magenverdauung total ausgeschaltet, nur die motorische Funktion verläuft ungestört, ja sie ist sogar deutlich gesteigert, denn zu verschiedenen Zeiten vorgenommene Expressionen bewiesen, dass der Magen die Neigung hatte, sich sehr rasch der Ingesta zu entledigen.

Wie sollen wir uns nun die Entstehung der erwähnten Sekretionsanomalien vorstellen? Es ist, wie ich glaube, nicht ungerechtfertigt, unseren Fall in dem Sinne aufzufassen, dass, in gleicher Weise wie die präperitoneale Hernie etwa angeboren ist, oder sich frühzeitig entwickelt, so auch diese Achylie eine von Jugend auf bestehende sein kann. So viel ist sicher, dass die Achylie schon sehr lange vorliegt, an sich niemals Beschwerden gemacht hat, und dass

alle Anhaltspunkte fehlen, welche darauf hinweisen könnten, die jetzt konstatierte Magensaftlosigkeit sei die Folge einer primären Drüsenatrophie. Der Patient hat nie Ernährungsstörungen dargeboten, und seine Achylie wäre gewiss niemals festgestellt worden, wenn unseren Patienten nicht seine von der Hernie herrührenden Schmerzen zum Arzte geführt und diesen zur Untersuchung des Mageninhaltes aufgefordert hätten. Somit ist es gewiss richtig, diesen Fall der primären — idiopathischen — Achylia gastrica simplex hinzuzurechnen. Er scheint mir eine weitere Stütze der von Martius ausgesprochenen Ansicht zu sein, dass man die idiopathische Achylie „nicht als erworbenes Zeichen einer wirklichen Krankheit, sondern als individuelle Eigentümlichkeit, als eine angeborene Funktionsschwäche“ ansehen muss. Wenn das von Martius postulirte Symptom der leichten Vulnerabilität fehlte, so liegt dies vielleicht daran, dass einerseits Sonden mit seitlicher Fensterung angewandt wurden, andererseits die Ausheberung selbst auffallend leicht und schonend von Statten ging. Es erschien nicht angebracht, mit derselben irgend welche therapeutische Massnahmen zu verbinden, wie denn überhaupt in diesem Falle die Konstatierung einer Achylia gastrica des praktischen Interesses entbehrte. Da Patient sich zur Ausführung einer Operation nicht bewegen lassen konnte, so wurde er zwar noch mit mässig auftretenden Schmerzen, im übrigen aber im besten Ernährungszustande entlassen.

Zahlreicher sind vielleicht noch die Vorkommnisse, wo es auch therapeutisch von grosser Bedeutung ist, eine als solche subjektiv symptomlos verlaufende Achylie zu erkennen. Es handelt sich dabei meist um Complicationen mit Darmstörungen. Über einen derartigen Fall sei hier des weiteren berichtet.

Der Patient ist ein 50 Jahre alter Landwirt. Er stammt aus gesunder Familie, seine Eltern sind hochbetagt gestorben, nie ernstlich leidend gewesen, seine Geschwister leben und sind gesund. Auch der Kranke selbst rühmt sich,

früher immer gesund gewesen zu sein. Der Appetit war stets gut, über Stuhlbeschwerden, Schmerzen im Leibe hat er nie zu klagen gehabt. Er will nie geschlechtlich inficiert gewesen sein, Alkoholabusus wird geleugnet. Seit 5 Jahren leidet er jedoch an Durchfällen, die mit sehr wechselnder Stärke auftreten. Bisweilen erfolgten täglich 3—4 wässerige Ausleerungen, doch brauchte er zu Zeiten auch blos 1 oder 2 mal zu Stuhle zu gehen; jedenfalls waren aber die Fäces meist dünn und öfters mit Schleim, nie aber mit Blut vermengt. Das Allgemeinbefinden war dabei ungestört, sodass Patient seinen schweren Beruf gut ausfüllen konnte. Ganz frei durfte er jedoch mit der Wahl der Nahrungsmittel nicht verfahren, denn nach reichlicherem Genuss von Fleisch und Schwarzbrot bekam er ein Gefühl von Vollsein im Leibe und es traten stärkere Diarrhoen auf. Erbrechen oder saueres Aufstossen hat er nie gehabt, auch nicht bemerkt, dass die Schleimbildung eine reichlichere gewesen sei. Patient befand sich mehrfach in ärztlicher Behandlung seiner Durchfälle halber, doch wollten dieselben nie ganz aufhören. In der letzten Zeit hat sich nun eine unangenehme Empfindung von Kollern im Leibe, Gefühl der Spannung im Abdomen eingestellt. Zugleich hat der Appetit nachgelassen, die Durchfälle sind stärker als zuvor geworden. Der Patient zeigt einen ziemlich guten Ernährungszustand, Knochenbau und Muskulatur sind kräftig entwickelt. Am Kopf lassen sich Abnormitäten nicht feststellen. Lungen und Herz ergeben normale Verhältnisse, die Leber ist nicht vergrössert, Milz nicht palpabel. Das Abdomen ein wenig aufgetrieben, in den Därmen leichtes Gurren hörbar. Die Rectaluntersuchung ist ergebnislos. Der Magen selbst zeigt äusserlich normale Verhältnisse; er reicht bis zum Nabel. Eine Resistenz an demselben ist nicht zu konstatieren. Keine Schmerzhaftigkeit in der Gegend der Magengrube, dagegen klagt Patient über eine Art Gürtelgefühl. Symptome, welche auf eine beginnende Tabes hinwiesen, fehlen jedoch vollkommen. — Patient hat in den ersten Tagen

3—4 wässerige Stühle, dieselben enthalten Schleim, nur sehr wenig unverdaute Speisereste. Hier in der Klinik zeigt er trotzdem ziemlich guten Appetit, doch erhält er vorläufig nur schleimige Diät. Zur Untersuchung der Magenfunktionen wird zunächst eine nüchterne Ausheberung des Magens vorgenommen. Dieselbe fördert keinen Speiseinhalt, auch keinen Magensaft zu Tage. Die Schleimbildung ist sehr gering. Darnach bekommt er als Probefrühstück eine Tasse Thee und ein halbes Brötchen. Nach einer Stunde wird exprimiert. In wenig Flüssigkeit schwimmen die wie eben gekaut aussehenden Brotstückchen. Die Reaktion ist schwach sauer, Congoreaktion fehlt vollkommen. Die Gesamtacidität beträgt 0,009%. Milchsäure ist nicht vorhanden. Die Proben auf Pepsin und Laab, in derselben Weise ausgeführt, wie dies oben beschrieben, fallen vollkommen negativ aus. Um eventuell die Magensekretion anzuregen, muss der Patient 10 Minuten lang Citronenschale kauen. Der hernach eingeführte Schlauch vermag nicht eine Spur Magensaft herauszubefördern. Wie aus den in der Folge zu verschiedenen Zeiten, bald nach 50, 55, bald nach 60 Min. vorgenommenen Ausheberungen sich ergiebt, ist eine ausgesprochene Hypermotilität vorhanden.

In allen Faktoren bleibt der Befund, wie bei dem ersten Patienten, so auch bei diesem Kranken genau derselbe. Das heisst also:

1) Das ausgeheberte Probefrühstück war unverdaut, mit wenig Flüssigkeit vermengt. Es war geruchlos.

2) Die Reaktion schwach sauer, Congo und Phloroglucinvanillinreaktion fehlten.

3) Die Gesamtacidität überaus gering.

4) Pepsin und Laabfarment liessen sich nicht nachweisen.

5) Die motorische Funktion war deutlich gesteigert.

Während bei der Expression des Probefrühstückes hier sich nie ein Schleimstückchen im Chymus zeigte, war dies nach der Verabreichung einer Probemahlzeit einmal der

Fall; die mikroskopische Untersuchung desselben ergab normale Drüsenschläuche. Die Probemahlzeit, in Gestalt eines Tellers Suppe, 150 gr gebratenen Fleisches und eines Brötchens gab wiederum ein gutes Bild von der nicht verdauenden Thätigkeit des Magens. Das Ausgeheberte war geruchlos und schlecht chymosiert, alle Muskelfasern zeigten vollkommen erhaltene Querstreifung, Hefe und Sarcine fehlten. Die Speichelverdauung verlief normal, im Speichel war etwas Rhodancalium enthalten.

Wir haben also auch in diesem Falle ein wochenlang sich stets gleich bleibendes Ergebnis, nämlich eine totale Ausschaltung der Magenverdauung, aber eine gut erhaltene, ja etwas gesteigerte motorische Thätigkeit.

Von der Achylie an sich hat Patient keinerlei Beschwerden, sie verursacht ihm weder Schmerzen noch Appetitlosigkeit oder Erbrechen; sie ist vor allem für seinen Ernährungszustand gänzlich ohne Bedeutung. Das Befinden des Patienten bessert sich erheblich, der Appetit ist rege, die Durchfälle hören bei zweckmässiger Diät auf und Patient nimmt um 6 Pfund an Gewicht zu. Der Grund zu dieser Veränderung ist nicht schwer zu finden. Die für den Organismus symptomlos verlaufende Achylie ist in diesem Falle mit einer katarrhalischen Entzündung der Darmschleimhaut complicirt. Dadurch ist die compensatorische Thätigkeit des Darmes in ihrer verdauenden und resorptiven Wirkung gestört; dies erste führt zur Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Umgekehrt resultiert aus der Beseitigung der Darmstörungen allein die Besserung des Patienten, während die Achylie, die ja immer dieselbe bleibt, keinen Anteil daran haben kann. Auch die anfangs vorhanden gewesene Blähung der Därme, das Kollern im Leib ist nur auf die Darmaffektion zurückzuführen und nicht darauf, dass der Mangel der Salzsäure im Magen bereits Gährungen zur Folge gehabt hätte. Hiergegen spricht bestimmt das makroskopische und mikroskopische Verhalten der Probemahlzeit.

Es ist nicht uninterressant, jene beiden Fälle selbst auf die Gefahr hin, sich zu wiederholen, noch einmal einander gegenüberzustellen. Die Beschwerden, welche die Patienten zum Arzte führten, waren ganz verschieden. Bei dem einen handelte es sich um Schmerzen, welche mit wechselnder Heftigkeit seit 12 Jahren bestanden, und unzweifelhaft von einer praeperitonealen Hernie ausgingen. Sie mussten für den Patienten ein schmerzhaftes Magenleiden vortäuschen, aber selbst ihm erschien es wunderbar, dass dabei sein Ernährungszustand so unverhältmässig gut war. Der andere Kranke klagte über Durchfälle, welche mit einzelnen Pausen seit 5 Jahren auftraten, ihn bis vor kurzem in seiner Arbeitsfähigkeit nicht störten, bis erst neuerdings sich Appetitlosigkeit, Kollern und Vollsein im Leibe einstellten. Sein Zustand hatte sich also akut verschlimmert. Zwar sind somit die geklagten subjektiven Erscheinungen verschieden, beiden Fällen gemeinsam aber ist der objektive Magenbefund. Vollkommene Achylie, aber erhaltene, gesteigerte Motilität.

Wir haben gesehen, dass unter sonst normalen Verhältnissen die Magenverdauung ganz und dauernd zu entbehren ist; wir erkennen an unsern beiden Patienten aber auch die Wichtigkeit der motorischen Funktion des Magens. Diese letztere ist eigentlich der Punkt, von dem aus betrachtet sich der für das Wohl und Wehe des Organismus so bedeutungslose Befund der Achylia gastrica simplex erklären und verstehen lässt. Ergiebt sich doch aus allen Beobachtungen in der Pathologie des Magens, dass dessen vornehmlichste Funktion die rechtzeitige Herausbeförderung der Ingesta in den Darm vorstellt. Der Chemismus der Magenverdauung kann vom Darm vollkommen ersetzt werden, und diese kompensatorische Vorrichtung tritt glücklicherweise immer in Kraft, wenn die Darmdrüsen keine wesentlichen pathologischen Veränderungen erfahren haben. So allein verstehen wir das Ausbleiben von Anaemie oder schweren Ernährungsstörungen bei der Achylia gastrica

simplex und das auf den ersten Blick vielleicht Wunderbare dieser Krankheitsform verschwindet immer mehr unter der richtigen Erkenntnis und Würdigung der Magenfunktionen.

Zur Lösung der Frage nach der Aetiologie der Achylia gastrica simplex vermögen unsere Fälle nichts Weiteres beizutragen. Um die Annahme, dass die idiopathische Achylie als angeborene Funktionsschwäche vorkomme über das Niveau einer Hypothese erheben zu können, wäre es nötig, bei Kranken von deren Jugend auf dauernd Achylie zu beobachten. Wie Martius berichtet ist aber der jüngste an Achylia gastrica leidende Patient ein 13jähriger Knabe, bei welchem Rosenheim als Ursache Achylie eine Gastritis mit Ausgang in Atrophie annahm; doch erwies sich diese Diagnose als unsicher, da der Patient nach 5 Jahren wesentlich gebessert war. „Primäre Achylie ist in diesem Falle viel wahrscheinlicher.“ [Martius].

Dies aber ist auch bezüglich unserer Patienten sicher, dass die Achylie schon sehr lange bestanden hat. Bei B. hat sich vielleicht auf dem Boden der von der praeperitonealen Hernie ausgehenden nervösen Störungen eine Verminderung der vitalen Energie der Magendrüsen — eine Sekretionsschwäche — ausgebildet. Auch bei dem zweiten Patienten ist der Erwägung Raum zu geben, dass die Sekretionslosigkeit weiter zurückreicht, als die Beschwerden des Patienten dauern. Sie war gewissermassen latent, und erst eine hinzutretende Darmstörung hat die Achylie manifest werden lassen. Dass solches sich ereignen kann, beweist unter anderem auch die Beobachtung von Ewald, der zu Folge nach dem Ausbruch von Influenza die Achylie gelegentlich erst hervortrat. Um wieviel mehr ist dieses Moment bei unserem Falle zu berücksichtigen, da es sich ja bei diesem nicht um das Hinzutreten einer erst indirekt den Organismus schädigenden Complication handelte, sondern um eine Schwächung des Darmes, der bisher die Achylie zu compensiren allein im Stande war.

Es ist nach dem Vorhergehenden zwar nicht immer leicht, aber doch meist gut angängig, unter genauer Berücksichtigung der Anamnese und längere Zeit hindurch fortgesetzte klinische Beobachtung die Achylia gastrica simplex von jenen Zuständen zu trennen, wie sie sich bei ausgedehnten atrophischen Veränderungen im Magen-Darmkanal oder bei carcinomatöser Anadenie einstellen. Die Differentialdiagnose der chronischen Gastritis, der nervösen Anacidität gegenüber ist bereits erwähnt. Andererseits darf man aber nie ausser Acht lassen, dass es Fälle giebt, bei denen auch einmal alle differentialdiagnostischen Merkmale trügen. Es kann das bei der geringen Bedeutung des Magenchemismus für den Körper kaum Wunder nehmen. Gelegentlich bleibt unter dem Einfluss einer guten Ernährung und Resorption vom Darm aus und bei ungestörter motorischer Thätigkeit des Magens trotz maligner Neubildung die Kachexie lange Zeit aus. So hatten wir in der hiesigen Königl. Med. Klinik einen 41 Jahre alten Patienten in Behandlung, der unter Ileuserscheinungen hereingekommen war. Das Kothbrechen legte sich auffallend rasch. Der Patient erholte sich sehr bald, er nahm während dreier Wochen um 18 Pfund zu, gradatim jede Woche um 6 Pfund. Der Appetit war sehr rege, Stuhlgang normal, der Leib nicht aufgetrieben. Das Abdomen war schmerzlos. Die Untersuchung des Magens liess palpatorisch keinen sicheren Befund feststellen; nur konnte man unter das linke Hypochondrium nicht so gut eindringen, wie unter normalen Verhältnissen. Eine deutliche Resistenz liess sich auch nach Aufblähung des Magens nicht feststellen. Eine Ektasie war nicht nachweisbar, die Motilität des Magens durchaus gut. Dagegen bot die Untersuchung des Probefrühstückes und der Probemahlzeit stets das Bild vollkommenster Achylie.

Es hätte nahe liegen können, hier die Diagnose auf Achylia gastrica und eine Complication mit Ileus zu stellen. Aber trotz des geradezu vorzüglichen Allgemeinbefindens

des Patienten musste bei dem zweifelhaften palpatorischen Befund der Verdacht auf Carcinom bestehen bleiben. Nach 3 Wochen wurde der Patient im besten Wohlsein arbeitsfähig entlassen, er kam jedoch bereits nach 14 Tagen mit schweren Ileuserscheinungen wieder. Diese liessen jetzt nicht mehr nach und am Morgen nach der Einlieferung des Patienten wurde die Laparotomie ausgeführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich die Därme leicht gebläht, bis hinauf zu einem etwa Hühnereigrossen Tumor, der in der Mitte des omentum minus sass. Nach Wegräumung dieses Hindernisses collabierten die Därme sogleich. Die Geschwulst war offenbar eine Metastase, und bei dem Suchen nach dem Sitze des primären Neoplasma fand sich an der hinteren Wand des Fundus ventriculi ein fast handtellergrosses Flächencarcinom.

Man ersieht auch aus dem Falle, wie wenig charakteristische Symptome ein selbst grosses Carcinom zu machen braucht, wenn es durch seine Lage nicht die motorische Thätigkeit des Magens beeinträchtigt. Die Krebshachexie kann lange ausbleiben und secundärer Schwund von Magendrüsen allein ist an sich völlig bedeutungslos.

Es liegt auf der Hand, dass nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in therapeutischer Beziehung Vorsicht in der Diagnose der Achylia gastrica geboten ist. Die Therapie bei Achylia gastrica ist eine oft wenig erfolgreiche. Es kann a priori überhaupt müssig erscheinen, einen Chemismus, dessen gänzliche Ausschaltung dem Körper ja gar keinen Schaden bringt, durch das Hülfsmittel der künstlichen Verdauung korrigiren zu wollen. Unter im Übrigen normalen Verhältnissen ist es in der That auch überflüssig, bei Magensaftlosigkeit therapeutisch anders als in rein symptomatischer Weise vorzugehen: Schmerzen, dyspeptische Zustände sind natürlich nach Möglichkeit zu beheben. Aber es giebt doch Fälle, wo es zweckmässig erscheinen muss, bereits im Magen auf künstlichem Wege eine möglichst gute Chymosirung der Ingesta

zu erzielen. Dies sind jene recht häufigen Zustände, bei welchen die Achylie mit Störungen im Gebiete des Darmes einhergeht. Wenn da die Speisen in einem nur sehr grob zerkleinerten Zustand in den Dünndarm gelangen, können hier auf dem Boden etwa bestehender Entzündungsvorgänge weitere Reizungen der Darmwand die Folge sein; diese aber bedingen weiterhin Herabsetzung der verdauenden und resorptiven Eigenschaften des Darmes, sodass es zu ernsteren Ernährungsstörungen kommen kann. Wir sind also bei solchen Complicationen berechtigt, von einer schon im Magen erfolgenden besseren Chymosirung therapeutischen Erfolg zu erwarten. Zur Erreichung dieses Zieles kann man sich einmal der bisher gebräuchlichen Pepsinpräparate und der Salzsäure bedienen. Ein weiteres Hülfsmittel besitzen wir in dem von Pawlow in Petersburg hergestellten natürlichen tierischen Magensaft. Mit diesem Präparate hat in neuester Zeit P. Meyer in der Leydenschen Klinik Versuche angestellt. Es hat sich aus denselben ergeben, dass der natürliche tierische Magensaft — von den Franzosen bereits viel gebraucht und Gastérine genannt — viel stärkere chymosirende Wirkungen besitzt, als die Salzsäure und künstliches Pepsin. Diese Gastérine ist also ebenfalls im Stande, dem Darme vorzuarbeiten. P. Meyer hat denn auch auf Grund seiner Versuche und Erfahrungen die Ansicht ausgesprochen, dass in Fällen, in denen die Achylie von akut oder subakut verlaufenden Darmbeschwerden begleitet ist, die Therapie mit dem Pawlowschen Magensaft anzuempfehlen sein werde. Glücklicherweise braucht man aber nur selten zu so kostspieligen Hülfsmitteln zu greifen. Es genügt in den meisten Fällen, eine leicht verdauliche Diät anzuordnen, und die Patienten vor allem dazu anzuhalten, die Speisen sorgfältig klein zu kauen. Dadurch wird die motorische Funktion des Magens möglichst geschont und zugleich eine mechanische Reizung des Darmes vermieden.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Professor Dr. Freiherr von Mering für die gütige Überweisung der Arbeit, sowie Herrn Assistenzarzt Dr. Winternitz für die liebenswürdige Unterstützung bei derselben meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

v. Mering: Über die Funktion des Magens. Verhandlungen des XII. Congr. für innere Medicin. Wiesbaden 1893.

Riegel: Die Erkrankungen des Magens. Wien A. Hölder 1897.

v. Noorden: Über die Ausnützung der Nahrung bei Magenkranken. Zeitschrift für klin. Med. 1890 Bd. XVII.

Rosenheim: Über atrophische Prozesse an der Magenschleimheit in ihrer Beziehung zum Carcinom und als selbständige Erkrankung Berl. Klin. Woch. 1888. Nr. 51 u. 52.

Litten und Rosengart: Ein Fall von fast völligem Erlöschen der Sekretion des Magensaftes („Atrophie der Schleimhaut" der Autoren) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIV 1888.

Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig 1893.

Martius: Achylia gastrica ihre Ursachen und ihre Folgen, nebst einem anatomischen Beitrage von Prof. O. Lubarsch. Rostock. 1897.

P. Meyer: Zur Pathologie der Achylia gastrica und über die therapeutische Verwendung von natürlichem tierischem Magensaft. Deutsche Med. Wochenschrift 1900 Nr. 19.

Lebenslauf.

Kurt Oschmann wurde am 9. Juli 1874 zu Strassburg i. E. als Sohn des Kgl. Preuss. Majors a. D. Albert Oschmann und seiner Ehefrau geb. Gaede geboren.

Er besuchte die Gymnasien zu Ulm a. D., Metz und Coblenz a. Rh., und verliess letzteres mit dem Zeugnis der Reife am 5. März 1895, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er bezog die Universität Halle-Wittenberg und legte im März 1897 hierselbst die ärztliche Vorprüfung ab.

Während seiner klinischen Semester war es ihm vergönnt, in der Königl.-chirurgischen Universitätsklinik des Herrn Professor Dr. von Bramann, in der Königl. medicin.-Poliklinik des Herrn Professor Dr. Freiherr von Mering und in dem von Herrn Geheimrat Professor Dr. Eberth geleiteten pathologischen Institute je ein Vierteljahr als Volontär thätig zu sein.

Die ärztliche Staatsprüfung beendete er in Halle am 14. März 1900. Seitdem bekleidet er die Stelle eines Vol.-Assistenten an der Königl.-Medicin.-Universitätsklinik des Herrn Professor Dr. Freiherr von Mering.

Seine Lehrer waren:

Bernstein, v. Bramann, Dorn, Eberth, Eisler, Fehling, Fränkel, Grenacher, Haasler, Harnack, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, Kraus, Kromayer, v. Mering, Pott, Reineboth, Roux, Sobernheim, Taschenberg, Volhard, Weber Wollenberg.

Thesen.

I.

Die Achylia gastrica simplex kann bestehen, ohne dass daraus dem Gesammtorganismus irgend welche wesentliche Schädigungen erwachsen.

II.

Bei der Behandlung beginnender Incompensation der Aorteninsufficienz ist der Schwerpunkt auf eine zweckmässige diatetische und Bewegungstherapie zu legen.

III.

Bei Erwachsenen ist in sehr vielen Fällen die Aethernarkose der Chloroformnarkose vorzuziehen.